

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 192

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

LUSTIG Izak

Né le 1^{er} août 1905 à Stary Sacz (Pologne)

**Contribution à l'étude
de l'emploi de la suture de la cornée
dans l'opération de la cataracte**

Président : M. TERRIEN, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, rue Cujas, PARIS (V^e)

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

LUSTIG Izak

Né le 1^{er} août 1905 à Stary Sacz (Pologne)

Contribution à l'étude de l'emploi de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte

Président : M. TERRIEN, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

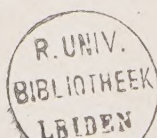
17, rue Cujas, PARIS (V°)

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIE.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUÉ.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.....	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY.....	Pathologie médicale.
BENARD (Henri).....	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).....	Hydrologie.
BOULIN.....	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.....	Pathologie médicale.
COSTE.....	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY.....	Urologie.
FUNCK.....	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL.....	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.....	Pathologie chirurgicale.
GAYET.....	Physiologie.
DE GENNES.....	Pathologie médicale.
GIROUD.....	Histologie.
HAGUENAU.....	Pathologie médicale.
HALPHEN.....	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologi- que.
JOANNON.....	Hygiène.
LACOMME.....	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.....	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).....	Pathologie médicale.
LELONG.....	Pathologie médicale.
LEMAIRE.....	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgi- cale.
M ^{lle} J. LÉVY.....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.....	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MÉNÉGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET.....	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologi- que.
DUPETIT-DUTAILLIS.....	Pathologie chi- rurgicale.
PIÉDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SÈNEQUE.....	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER.....	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN.....	Pathologie médicale.
VIGNES.....	Obstétrique.
WILMOTH.....	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE.....	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.....	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX.....	An ^{mie} pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXÉ à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.....		BROCO.....	
BRULÉ.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER.....	
CHIRAY.....		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		SCHWARTZ.....	
PASTEUR - VAL-		VELTER.....	
LERY-RADOT..			
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL.....	
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE (*in Memoriam*)

Tôt enlevée à notre affection.

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN

*Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté
de Médecine de Paris,*

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre profond respect.*

A MES MAITRES

M. LE DOCTEUR BAILLIARD

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Hommage respectueux et gratitude.

M. LE DOCTEUR PRELAT

Ophthalmologiste de l'Hôpital Cochin.

M. LE DOCTEUR BOLLAC

Ophthalmologiste de l'Hôpital Tenon.

M. LE DOCTEUR MONBRUN

Ophthalmologiste à l'Hôpital des Enfants Malades

M. LE DOCTEUR E. KALT.

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

M. LE DOCTEUR BALDENWECK

Oto-laryngologue de l'Hôpital Nouveau Baujon

M. LE DOCTEUR ROUGET

Oto-laryngologue de l'Hôpital Trousseau

A MON MAITRE DOCTEUR FAVORY

Ophthalmologiste de l'Hôpital Trousseau

Témoignage de profonde gratitude

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

DE MEDECINE DE PARIS ET DE MONTPELLIER

INTRODUCTION

Ayant régulièrement assisté aux nombreuses interventions pour l'extraction de la cataracte dans le service de M. Kalt et dans celui de M. Bailliart, j'ai connu les émotions, souvent grandes, de ceux qui voient de près se faire cette opération.

Ces extractions *in toto* se passent cependant sans accidents. L'issue du vitré est rare ou très faible et cela quelque soit l'état de docilité ou d'indocilité du malade, qu'il soit intelligent ou borné, jeune ou âgé.

L'émotion dont je parle a vite fait placé à une impression de sécurité. On se rend vite compte que ce qui la donne, c'est la suture de la cornée.

Il est évident qu'au moment où est ouvert le large lambeau qui va permettre la sortie facile du cristallin, un mouvement du malade, une erreur opératoire, même minime, peut donner l'issue au corps vitré, qu'il est alors difficile d'arrêter. Mais si, en présence de cet accident, la suture de la cornée permet la coaptation immédiate de la plaie, tout change d'aspect.

Le lambeau prend la place qu'il conservera, le corps vitré s'arrête ou suinte à peine aux extrémités de la plaie. L'iris ne fait plus hernie en masse. Le chirurgien, avec la

spatule, rentre s'il est nécessaire cet iris prolabé et suture au devant de la plaie le lambeau conjonctival.

Les suites immédiates sont sans danger, avec sa pupille noire et son lambeau parfaitement appliqué, le malade quitte la salle d'opération sans risque avec ou sans pansement binoculaire.

Il est certain que pour celui qui observe, la suture cornéenne a transformé le risque opératoire et supprimé la crainte.

Je me propose, dans les pages qui vont suivre, de décrire les divers modes de la suture cornéenne et surtout celle que j'ai vu appliquer.

L'HISTORIQUE

Williams de Boston, en 1867, avait eu le premier l'idée de pratiquer la suture de la cornée au cours de l'opération de la cataracte. L'idée en elle-même était excellente, seulement son exécution en ce temps était très difficile, car elle nécessitait qu'on chloroforme le malade.

D'après lui ce procédé présentait de multiples avantages, entre autres, l'empêchement des enclavements, l'emploi de l'atropine, la réformation rapide de la chambre antérieure.

Ce procédé reste cependant longtemps sans succès, c'est alors qu'en 1889, M. Suarez de Mendoza en fit un nouveau défenseur. Il améliora ce procédé par l'anesthésie de la cornée avec la cocaïne. Malgré cela cette intervention reste toujours très difficile.

Et même M. Vacher publie un article où il donne une description de sa technique. La conclusion qu'il tire de cette expérience n'est pas très concluante. Cette suture empêche la formation de la chambre antérieure pendant cinq à six jours au moins, en même temps elle empêche les enclavements d'iris. D'après Landolt, le succès de Williams était dû à l'emploi des aiguilles microscopiques et du fil très fin. M. Meyer

cite six prolapsus de l'iris et une suppuration totale sur dix cas, où il employait la suture de la cornée.

En somme nous voyons que les avis furent très partagés et les discussions devinrent très passionnées.

M. Kalt, de son côté, chercha un procédé, et en 1894, donna une description de sa technique, laquelle est restée jusqu'à présent la même, sauf quelques améliorations dues aux perfectionnements de ses instruments. En 1898, M. Suarez de Mendoza publie et rapporte d'autres avantages de l'emploi de la suture de la cornée. De même M. Kalt, seize années après la première publication sur la suture de la cornée, a pratiqué celle-ci sur 2,500 cas. Il n'est pas ennemi d'une extraction combinée, mais il la garde pour des cas spéciaux.

Beaucoup d'opérateurs pratiquent d'iridectomie, car elle évite le prolapsus irien. Pourtant le nombre de prolapsus reste encore assez élevé, c'est-à-dire 10 à 12 p. 100.

Cette hernie est volumineuse et son ablation est dangereuse. L'auteur admet que l'iridectomie empêche l'apparition d'hernie irienne, mais l'iris, d'autre part, peut facilement adhérer à la plaie cornéenne. Hess, par exemple, pratique une petite iridectomie périphérique ne touchant pas au sphincter.

Nous donnerons la description de la technique de M. Kalt dans un chapitre à part. Pratiquant la suture, l'opérateur est maître de la situation après la sortie du cristallin la plaie étant fermée.

Maintes fois Kalt a sauvé les yeux grâce à l'emploi de la suture de la cornée. Les complications avec ce procédé sont très rares et bénignes. Les hernies iriennes se produisant

malgré cette technique restent peu nombreuses (3 p. 100) bénignes, limitées et faciles à réduire.

On la résèque facilement à la pince-ciseau, même si le malade est indocile. Kalt pratique la suture constamment, sauf s'il redoute une infection (œil larmoyant, conjonctivite chronique). Il a peu d'imitateurs, car le procédé est difficile, il faut avoir une grande habitude. Trois ans plus tard, Liégard rapporte une petite modification au procédé de Kalt. D'après lui, les avantages de l'emploi de la suture de la cornée sont multiples. Elle permet un nettoyage complet du champ pupillaire, elle autorise les tentatives d'arrachement des capsules épaisses après l'extraction. Ce procédé s'impose dans les cataractes compliquées et chez les malades indociles. A la moindre alerte, il suffit de nouer rapidement le fil. Deux de ses opérés qui ont perdu une quantité notable du corps vitré, ont pu être sauvés, grâce à la fermeture rapide de la plaie. Le renversement du lambeau ne se produit pas avec la suture. Chambre antérieure se reforme très vite, et le malade peut se lever très précocement le lendemain. A ces avantages, on oppose la difficulté de la méthode. Au cours d'années suivantes, le procédé subit des modifications qui consistent dans la substitution au point cornéen vertical : un point horizontal. L'exécution des deux temps de la suture avec un fil armé de deux aiguilles. Ce procédé-réunion par points parallèles, exécuté avec un fil des deux aiguilles, permet :

1° La fixation au même endroit pour la pose des deux points;

2° Le dosage précis de l'espace nécessaire au couteau;

3° Un abord facile solide et constant de l'œil.

Piccaluga est également un partisan fervent de la suture

de la cornée. D'après lui, deux complications entre autres peuvent inquiéter le chirurgien au cours de l'opération de cataracte, c'est la possibilité de la sortie du vitré pendant l'acte opératoire et l'éventualité de l'enclavement. Pour éviter ce double inconvénient un grand nombre d'opérateurs cherchaient des procédés pour éviter des complications. Dans certains cas, la sortie du vitré peut être inoffensive, même quelquefois désirable, par exemple : pour un nettoyage du champ pupillaire.

Mais un très grand danger post-opératoire peut en naître; c'est l'infection, car le corps vitré étant un excellent milieu de culture, d'autre part sa perte expose à un décollement de la rétine, à des hémorragies rétiniennees causées par de brusques déséquilibres de tension, à une incomplète transparence du vitré, vu l'abondance exagérée de corps mobiles à un renversement du lambeau cornéen, à une mauvaise coaptation de la plaie et une cicatrisation irrégulière.

Lorsque l'opérateur voudrait arrêter soudainement l'intervention, il est obligé d'abandonner l'iris à lui-même; celui-ci presque toujours vient s'engager dans la blessure. Ce dernier inconvénient compromet neuf fois sur dix la bonne réussite de l'intervention chirurgicale. Le malade sort de la clinique avec une bonne vision, mais cet enclavement de l'iris va provoquer, à une échéance plus ou moins longue, un glaucome et la cécité absolue. Parmi les différentes méthodes qui furent décrites pour éviter ces accidents nous en retiendrons deux plus importantes :

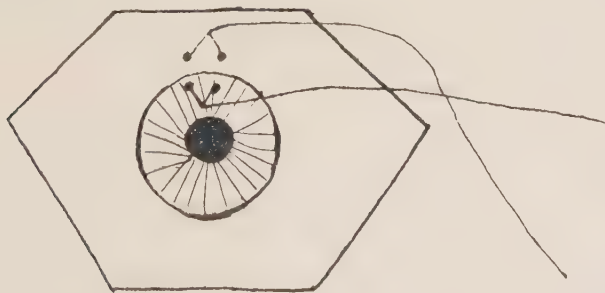
1° La méthode à pont conjonctival proposée par Desmarres, en 1858;

2° La suture de la cornée par Williams de Boston, en 1867, et érigée en méthode par Kalt en 1889.

Pour certains auteurs, la pratique de cette suture est inutile et pourtant, quand on entreprend une opération de cataracte, on ne sait pas d'avance quels accidents peuvent se produire, surtout quelle tranquillité et obéissance mettra le malade au service de l'opérateur. Dans la majorité des cas, si l'opération suit son cours normal, le malade étant tranquille, la suture de la cornée peut être un temps d'opération inutile. Mais une infinité de contre-temps imputables à l'opérateur, à l'aide aux malades, aux infirmiers, aux instruments, etc., peuvent compliquer la marche de l'opération et provoquer la sortie du vitré.

Un fil de suture promptement noué, qui fermera vite et bien la blessure, remettra en bon ordre l'acte opératoire.

Piccaluga ne trouve pas encore ce procédé parfait, et il en propose un autre qui consiste dans le dédoublement du temps de la suture, c'est-à-dire dans la formation séparée de deux point.



Suture cornéo-conjonctivale de Piccaluga.

En effet, lorsqu'on pratique l'extraction de la cataracte par la kystotomie, la suture de la plaie n'est pas nécessaire, mais elle est très avantageuse dans l'extraction *in toto*.

Gomez-Marquez prétend que dans ce cas on risque de laisser la plaie ouverte en communication directe avec le vitré, ce qui est dangereux. Lui-même a cherché longtemps un moyen de suturer cette plaie d'une façon parfaite pour éviter toutes les complications possibles. Il employait de nombreuses techniques, il n'en était pas satisfait. Il a alors modifié profondément la technique et rapporté un nouveau procédé de suture de la cornée, lequel, en effet, paraît être adopté par le plus grand nombre d'opérateurs, pratiquant cette intervention. J'en donnerai une description détaillée ultérieurement.

Ce procédé présente des valeurs réelles malgré qu'il soit un peu plus long que celui de Kalt, mais aussi un peu plus facile à exécuter.

De même, Saint-Martin, grand fervent de la suture de la cornée, avait employé longtemps la technique de Chevalle-reau-Liégar, c'est-à-dire un fil armé de deux aiguilles. Il abandonne ce procédé et préfère celui de Gomez-Marquez pour plusieurs raisons.

Bailliart conseille de reporter plus haut le point scléral, pour éviter le risque de couper un des fils. De cette façon il est possible à l'opérateur de tailler encore un lambeau conjonctival de 4 à 5 millimètres de hauteur qui, suturé à la fin de l'opération, recouvrira complètement l'incision scléro-cornéen. Autrement, la taille de ce lambeau est pour ainsi dire impossible.

DIVERS TYPES DES SUTURES DE LA CORNÉE

Nous allons nous occuper des deux types principaux des sutures de la cornée. Celui de Kalt et celui de Gomez-Marquez modifié par Bailliart. Pour opérer une cataracte et surtout pour l'extraire dans la capsule, nous pensons qu'une suture de la cornée est un élément de sécurité. Kalt est l'un des premiers partisans, en France, de l'emploi de cette méthode, connue depuis 1894, et qui n'a pas changé jusqu'à présent.

INSTRUMENTATION. — On se servira de l'aiguille à cornée très fine à chas fermé, d'un fil en coton le plus fin possible, noir. Tout cela prêt à l'usage doit être stérilisé au poupinel. La veille de l'opération on instille une goutte de collyre au sulfate d'atropine à 1 p. 100, pour obtenir une bonne mydriase. Le malade étant sur la table opératoire, on pratique une anesthésie de la cornée selon le procédé habituel, akinésie palpébrale et un barrage. On pose ensuite le blépharostat pour écarter les paupières. On passe un fil dans le tendon du droit supérieur. L'opérateur se place en arrière de la tête de l'opéré aussi bien pour l'œil droit que pour l'œil gauche. On prie le malade de regarder dans la direction de ses pieds. Le

globe oculaire est fixé avec une pince habituelle. La main droite munie d'un porte-aiguille, on pique l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée à $1/2$ millimètre environ au-dessous du limbe.

Il ne faut pas dépasser les parties superficielles de la cornée. L'aiguille étant dégagée, on tire le fil jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 8 à 10 centimètres de fil n'ayant pas traversé la cornée. On fixe de nouveau l'œil au niveau du limbe vers une ou deux heures, on pique la sclérotique à $1/2$ millimètres au-dessus du limbe. Le point doit être placé perpendiculairement par rapport au premier, donc horizontalement de droite à gauche. Entre les deux points, le fil forme une anse large, qui est rejetée vers le nez. Ensuite on étale bien les fils sur la cornée, pour ne pas être gêné pendant la section. C'est ainsi que le couteau passe entre les deux points. L'extraction de la lentille se fait comme à l'ordinaire. Le cristallin sorti, l'aide tire le fil cornéen pour rabattre la cornée. On noue les deux extrémités du fil et la plaie est solidement fermée. Au bout de trois ou quatre jours, on enlève les fils. Kalt conseille pour anesthésier la cornée, de mettre un cristal de cocaïne. Cette technique, qui entre les deux points d'implantation du fil, laisse juste le passage du couteau, exige cela va sans dire une grande adresse opératoire. Il est rare d'observer les accidents d'infection que l'on a reproché aux fils pénétrant en pleine cornée, à condition d'enlever les fils au plus tard le quatrième jour.

TECHNIQUE DU PROCÉDÉ DE GOMEZ-MARQUEZ

En principe l'opérateur se propose d'essayer l'intra-cap-sulaire, sauf au-dessous de 30 ans. Déjà la veille on commence à dilater la pupille avec du sulfate d'atropine à 1 p. 100. Une demi-heure avant l'opération on injecte quelques gouttes de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1.000 sous la conjonctive, suivant la technique de Magitot. Ensuite on fait la toilette du sac conjonctival de la face, des sourcils et des cils. Toutes les dix minutes on instille quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne. Dix minutes avant l'intervention, on pratique une akinésie palpébrale, une injection rétrobulbaire, et l'anesthésie du droit supérieur. Pendant que l'anesthésie se fait, l'opérateur place ses instruments dans un ordre toujours identique. Le malade est prêt, on place un blépharostat. Le globe attiré vers le bas avec une pince, on charge le tendon du droit supérieur et la conjonctive sur un fil blanc. On prend un fil armé d'une aiguille à cornée et portant à quelques centimètres de l'une de ses extrémités un nœud. On fait le premier point cornéen, vertical. On passe en pleine cornée dans les couches superficielles, à l'extrémité supérieure du diamètre vertical, tout près du limbe. Le deuxième point est placé deux milli-

mètres au-dessus dans le tissu épiscléral. Mais selon la modification conseillée par Bailliart, il y a un intérêt à placer ce deuxième point 4 à 5 millimètres au-dessus du limbe pour diminuer le risque de couper le fil au cours de la section et surtout permettre la taille d'un lambeau conjonctival. Entre les deux points on fait une anse assez large et longue. Pour Gomez-Marquez les deux points se trouvent dans le prolongement vertical. D'autres auteurs font le premier point vertical, le second horizontal. D'autres encore les deux points parallèles, ou de telle façon que l'ensemble forme la lettre Γ (gama). L'aide qui tient le bout de fil surveille la sortie du cristallin. Et au fur et à mesure de cette sortie il tire doucement le fil, l'anse diminue de longueur et la cornée se rabat comme un couvercle sur la lèvre sclérale.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, le risque de couper le fil est inexistant. D'autre part, le serrage du nœud ne joue ici qu'un rôle momentané, car le point cornéo-scléral, dans la majorité des cas, restera provisoire et sera enlevé à la fin de l'opération. Ensuite on pratique des points conjonctivo-conjonctivaux de chaque côté du nœud : 2 à 3, suivant le cas. Ces points terminés, on enlève le nœud cornéen. En général dans la suture de Gomez-Marquez les points conjonctivaux tombent tout seuls, sinon on les retire le sixième jour.

LES AVANTAGES DE LA SUTURE DE LA CORNÉE

Les avantages sont très nombreux et d'une importance capitale. C'est un élément de sécurité remarquable supérieur à la suture conjonctivale, surtout lorsqu'il s'agit d'une extraction totale. On ne sait jamais si l'opération réussira cent pour cent.

Cela dépend beaucoup de la tranquillité et de l'obéissance du malade.

Voici les principaux avantages rapidement énumérés :

La suture évite une hernie irienne. Le nombre de 10 à 12 p. 100 tombe avec l'emploi de la suture à 3 p. 100. La hernie reste limitée, facile à réduire et sans danger.

Pas de renversement de lambeau avec la suture de la cornée.

Diminution de l'astigmatisme post-opératoire.

La chambre antérieure se reforme très vite et l'emploi de mydriatiques est rapidement permis.

La perte du corps vitré est minime ou nulle.

La suture de la cornée rend de grands services chez les enfants et chez les jeunes. (Indocilité).

Elle permet un lever précoce.

Le malade est heureux de garder un pansement monoculaire (Kalt). Seulement à l'hôpital, en ville, M. Kalt met un pansement binoculaire, parce qu'il sait qu'il y aura le personnel nécessaire pour s'occuper d'un malade privé de toute vision.

Elle autorise les tentatives d'arrachement des capsules épaissies après l'extraction, si pour une cause ou une autre la capsule s'est déchirée.

La suture facilite un nettoyage minutieux du champ pupillaire par l'aspiration ou le lavage de la chambre antérieure.

Elle permet de pratiquer systématiquement l'extraction simple dont les avantages sont unanimement reconnus.

Le diaphragme irien reste intact et donne à l'appareil oculaire une profondeur du champ visuel plus considérable.

La cicatrisation de la plaie se fait plus rapidement. En outre, grâce à l'emploi de la suture on évite des complications qui peuvent survenir au cours de l'extraction *in toto* sur un malade indocile.

A tous ces avantages, on lui oppose la difficulté d'exécution. Une longue expérience et beaucoup de pratique viennent à bout de cette difficulté.

Certains disent que la suture est quelquefois inutile, mais nous pensons qu'il vaut mieux pêcher par excès de précaution, que risquer des complications importantes.

INDICATIONS

Pour ceux qui emploient partiellement la suture de la cornée, elle est indiquée dans toutes les extractions au couteau, même lorsque pour une raison ou pour une autre il n'est pas question de faire une extraction totale.

CONTRE-INDICATIONS

Il n'y a pas, pour ainsi dire, de contre-indications. Elschnig signale les infections de la conjonctive, qu'il évite en touchant le fil à la teinture d'iode lors des premiers pansements. Mais il est évident que si l'état de la conjonctive est jugé assez bon pour permettre l'opération de la cataracte, il est à fortiori assez bon pour permettre le passage d'un fil.

Fig. 1. — *Suture de M. Kalt.*

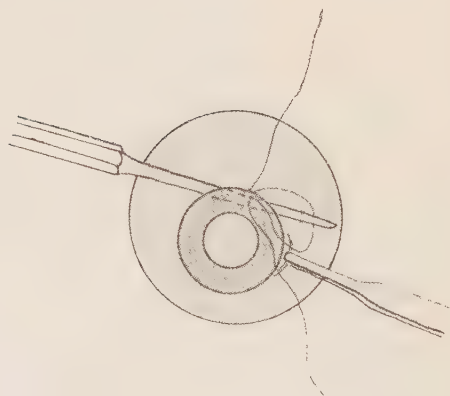
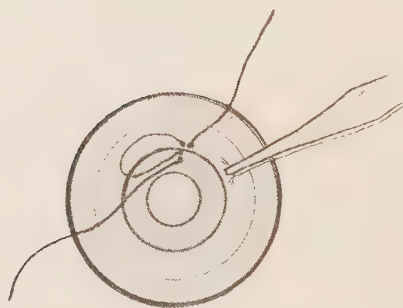


Fig. 2. — *L'œil fixé pendant la section de la cornée.*

Fig. 3. — *Suture de M. Chevallereau.*

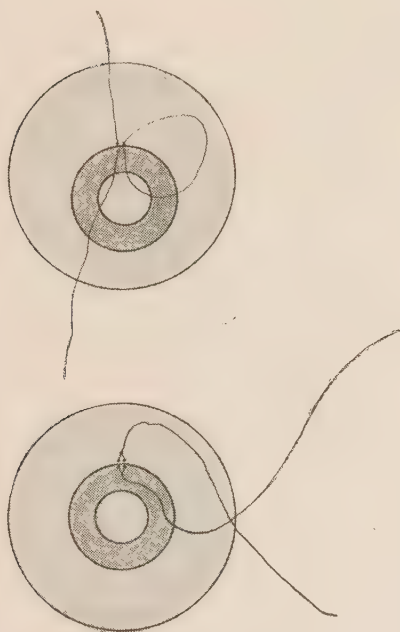
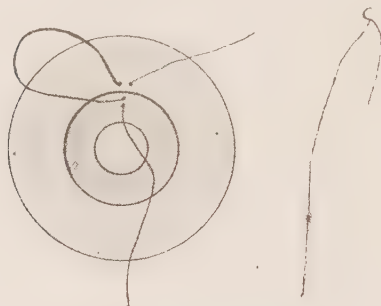


Fig. 4. — *Suture cornéo-conjonctivale de Piccaluga.*

A gauche :

Fig. 5. — *Mise en place du fil de Gomez-Marquez.*



A droite :

Fig. 6. — *L'aiguille munie d'un fil portant un nœud.*

SCHEMA DE L'EXÉCUTION DE LA SUTURE
DE GOMEZ-MARQUEZ

Fig. 7 a

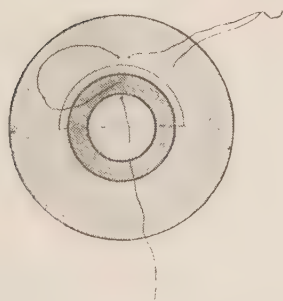
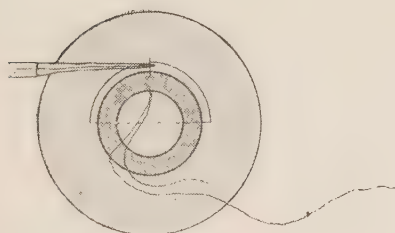


Fig. 7 b

Fig. 7 c

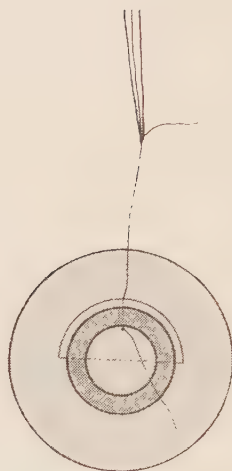


Fig. 7 d

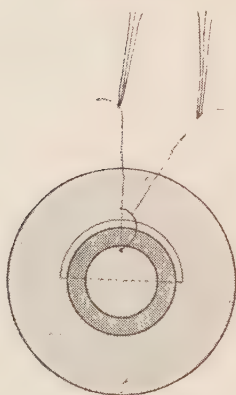


Fig. 7 e

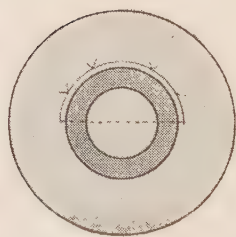


Fig. 7 f

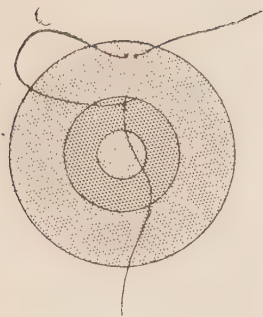


Fig. 7 i. — *Modification du Docteur Baillard*

CONCLUSIONS

La suture de la cornée a de grands avantages dans l'extraction de la cataracte, quelque soit le procédé d'extraction employé.

Elle peut être laissée à demeure quelques jours après l'opération (Kalt, etc.) ou supprimée à la fin de l'opération après la pose des points conjonctivaux.

- Les dangers de l'opération sont très réduits :

a) Le renversement du lambeau devient impossible;

b) La hernie secondaire de l'iris est beaucoup moins fréquente;

c) La perte du corps vitré est rare et quant elle se produit, elle est toujours de minime importance;

d) Les suites opératoires sont très simplifiées.

Tels sont les avantages de la suture de la cornée. On a parlé d'accidents propres à cette méthode, mais en réalité ces accidents n'existent pas. On a incriminé l'infection du tunnel. Cela ne peut tenir qu'à une erreur de stérilisation ou d'asep-

sie opératoire ou dans la préparation du malade. Je ne l'ai jamais observé. De plus c'est un accident bénin que la teinture d'iode arrête immédiatement (Elschnig).

L'objection la plus importante est l'ennui d'enlever le fil cornéen quand on le laisse à demeure. M. Kalt insiste sur la nécessité d'une très bonne anesthésie, qui supprime cette difficulté. Elle n'existe pas dans le procédé de Gomez-Marquez, puisque le fil est enlevé à la fin de l'opération.

Il reste donc la seule difficulté technique, mais cela ne doit pas arrêter un ophtalmologiste averti.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*

TERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1888. -- GILLET DE GRAMMONT. — De la suture de la cornée S. O. P. (3 juillet), Bull., p. 16.
PARENT. — Discussion, id., p. 17.
SUAREZ DE MENDOZA. — De la suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte. S. O. P. (4 décemb.), Bull., p. 104.
1889. -- SUAREZ DE MENDOZA. — De la suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte S. O. P., Bull., p. 30.
VACHER. — Contribution à l'étude de la suture de la cornée après l'extraction de la cataracte S. O. P. (8 janvier), Bull., p. 13.
1891. — SUAREZ DE MENDOZA. — De la suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte S. F. O. Bull., p. 64.
1892. — SUAREZ DE MENDOZA. — De la suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte S. F. O. Bull., p. 63.

1894. — KALT. — De la suture de la cornée après l'extraction de la cataracte S. O. P. (9 octobre), Bull., p. 118.

SNELLEN. — Suture de la cornée Congrès d'Edinbourg.

1898. — ROHMER. — De la suture conjonctivale appliquée à l'extraction de la cataracte S. F. O., Bull., p. 311.

SUAREZ DE MENDOZA. — Nouveaux faits à l'appui des avantages qu'offre la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte S. F. O. Bull., p. 317.

1899. — VACHER. — Note sur l'opération de la cataracte par un procédé à lambeau conjonctival adhérent. Ses avantages sur la suture de la cornée S. O. P. (7 novembre). Bull., p. 120.

1910. — KALT. — L'opération de la cataracte avec suture S. F. O. Bull., p. 130.

1911. — VAN LINT. — Opération de la cataracte avec glissement de la conjonctive S. F. O. Bull., p. 136.

1913. — LIEGARD (H.). — Une modification au procédé de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — Ann. d'Ocul. (fév. T. 149), p. 119.

1914. — POIRAULT. — Valeur de la suture de la cornée (procédé Kalt) dans l'opération de la cataracte. — Ann. d'Ocul. (fév. T. 15), p. 218.

1917. COLIN (A.). — L'extraction simple de la cataracte avec suture de la cornée. — Ann. d'Ocul. (sept.).
1918. LIEGARD (H.). — La suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — Ann. d'Ocul. (janv.), p. 146.
1920. PITTALUGE. — Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — Ann. d'Ocul., p. 580.
1921. ELEFT (E.-C.). — Suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte. — Arch. of. Ophth. (juill.).
1922. FRISCH (F.). — Méthode pour empêcher la perte du vitré. — Amér. jour. Ophth. (fév.), p. 81. — Ann. d'ocul. 1923, p. 214, p. 109.
1923. CARRERAS. — Suture cornéo-conjonctivale dans l'extraction de la cataracte. — Arch. d'Ophth. Hispano Amér. nov.; Ann. d'Ocul. 1925, p. 234.
1924. VANDERBILT (H.), WURDEMANN. — Suture de la conjonctive dans les opérations de la cataracte. — Amér. jour. ophth. (déc.).
1926. BERENS (Conrad) et LOSEY (R.-R.). — Suture conjonctivale dans l'extraction de la cataracte. — The Brit. jour. ophth. (nov). — Ann. d'Ocul. 1929, p. 68.
- ELLET. — Emploi de la suture dans l'extraction de la cataracte. — Contr. ophth. Sc. (30 mars).

ELSHNIG. — Sur la suture pour l'extraction de la cataracte sénile K. M. F. A.

1927. — BANAJI (B.-P.). — Suppression des infections post-opératoires dans l'opération de la cataracte. — The Brit. jour. Of Ophth. (fév.). — Ann. d'Ocul. 1929, p. 71.

TERRIEN (F.). — Chirurgie de l'œil et de ses annexes.

1928. — ELSCHNIG. — La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte sénile. — Amér. jour. Of. opht. (avr.). — Ann. d'Ocul., p. 782.

PAUL (L.). — La suture prophylactique de la cornée dans l'opération de la cataracte K. M. F. A. (T. 81); Ann. d'Ocul. 1931, p. 58.

RUBBIO. — La suture préalable de la cornée dans l'extraction de la cataracte. — Arch. d'opht. Hisp.-Amér. (janv.); Ann. d'Ocul. 1929, p. 332.

1929. — EBER (Carl.). — Le pont conjonctival dans l'opération de la cataracte, 13^e ong. Inter. d'Ophth. Amsterdam. C. R. (vert), p. 690. — Discussion, id. C. R. (vert), p. 703.

1930. — PIVO (S.). — La suture préalable de la cornée dans l'opération de la cataracte. — Arch. d'Ophth. Hisp.-Amér. (juill.).

1931. — O'BRIEN. — Eléments de sécurité dans l'opération de la cataracte. — Amér. jour. Ophth. (nov.); Ann. d'ocul. 1932, p. 561.

SLAVIK. — Suture de la cornée dans la cataracte S. O. Tchécoslov. 6^e Congr.; Ann. d'ocul. 1923, p. 256.

1932. — GOMEZ-MARQUEZ. — Un nouveau procédé de suture de la cornée après l'opération de la cataracte S. O. P. (janv.), Bull., p. 11.

1933. — ARRUGA. — Les détails techniques de l'extraction intracapsulaire de la cataracte S. F. O. — Bull. et Mém., p. 270.

BAILLIART, TERSON, KALT, VAN LINT. — Discussion, id. p. 283.

GOMEZ-MARQUEZ. — Quelques considérations sur les divers temps de l'opération de la cataracte. — Arch. de Oft. Hisp.-Amér. (avril), p. 264.

1935. — SAINT-MARTIN (R. de). — L'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte S. F. O. (14 mai).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
L'Histoire	13
Divers types des sutures de la cornée.....	19
Technique du procédé de Gomez-Marquez.....	21
Les avantages de la suture de la cornée.....	23
Indications	25
Contre-Indications	25
Conclusions	32
Bibliographie	34

